

Deposiciones con sangre y moco con elevación de calprotectina fecal ¿Enfermedad Inflamatoria Intestinal?

Esther Mazarío Martín, Gonzalo Galicia Poblet, Fátima Hernández Tienza, Ana María De La Torre Sanz, Ana Moreno Molinero, Paula Asensio Campos

Introducción.

Las causas más frecuentes de rectorragia en la infancia obedecen a etiologías leves y autolimitadas como la fisura anal o las proctocolitis infecciosas o alérgicas. Sin embargo, cuando un sangrado no cursa con la evolución esperable, o existen datos de alarma, es preciso ampliar estudio en busca de causas orgánicas menos frecuentes como el pólipo juvenil, divertículo de Meckel, y enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Caso clínico

Niño de 3 años acude por deposiciones pastosas con sangre y moco de 5 meses de evolución

Antecedentes personales: No enfermedades ni ingresos referidos

Antecedentes familiares: No enfermedades digestivas ni autoinmunes

Refiere realizar **1-2 deposiciones diarias con sangre y moco** asociando dolor abdominal tipo cólico.

La madre refiere disminución de la ingesta habitual

Curva ponderal descendente desde los 22 meses

Asocia **dos picos febriles** que ceden de manera autolimitada con T^a máx. de 39°C

No asocia vómitos, distensión abdominal, no molestias perianales, ni otra clínica digestiva



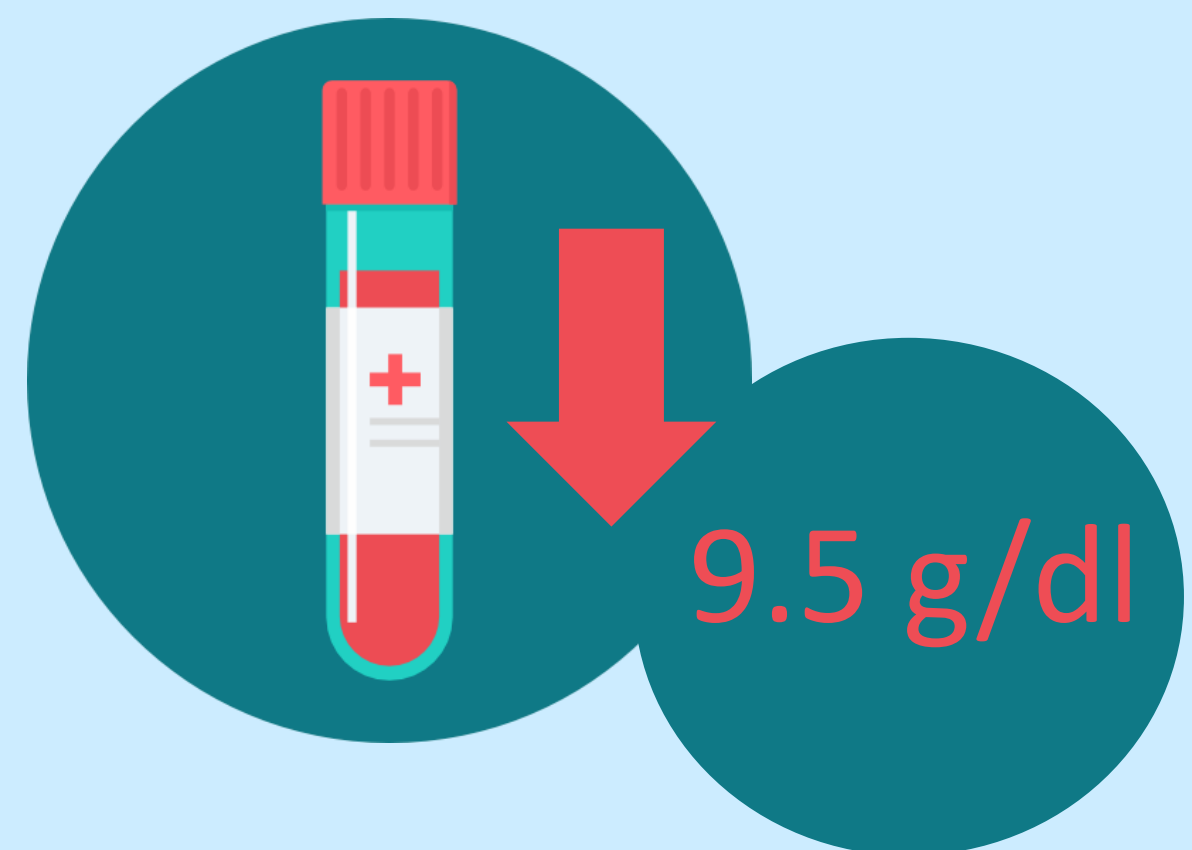
Leucocitos 5.900 u/l
(Formula leucocitaria y frotis normal)
Hb 11,1 g/dl, Hto 31 %
Leve ferropenia
Transaminasas normales

VSG 58 mm/h
PCR 42 mg/L
Calprotectina 1202 mg/kg



Consulta en varias ocasiones, siendo la exploración física normal en todo momento, salvo progresiva **palidez mucocutánea**.
Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal se pauta hierro oral y se deriva a Gastroenterología pediátrica .

Posteriormente ante empeoramiento clínico, se decide ingreso hospitalario en el que se confirma repercusión analítica, con elevación de reactantes de fase aguda y calprotectina fecal.



Microbiología

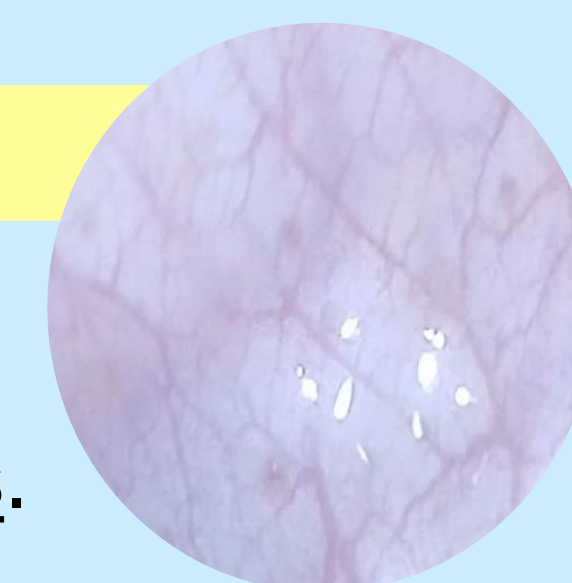
- Coprocultivo y virus en heces: negativo.
- Test de Graham y parásitos: negativos.
- PCR múltiple gastrointestinal: negativa
- Toxina C. Difficile: negativo

GASTROSCOPIA: normal
GAMMAGRAFÍA: sin hallazgos

COLONOSCOPIA

Patrón mucoso conservado, sin evidencia de aftas ni formaciones polipoideas. Mucosa friable con presencia en algunas áreas de discreta nodularidad sin otras alteraciones.

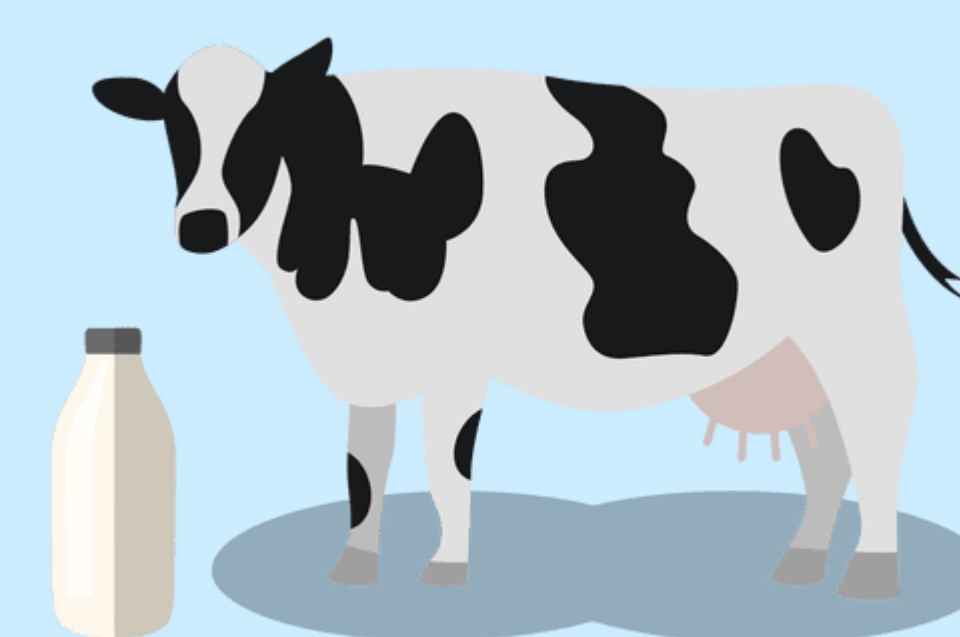
ESTUDIO HISTOLOGICO: Mucosa colónica con mínimos cambios inespecíficos e hiperplasia nodular linfoide



Ante el buen estado general del paciente y ausencia de otros hallazgos en las pruebas complementarias realizadas, se decide realizar prueba terapéutica con dieta exenta de proteína de la leche de vaca (PLV).

Tras 8 semanas de exclusión, se produce la normalización de las deposiciones y del valor de hemoglobina, con recuperación de la curva ponderal.

Diagnóstico: Hemorragia digestiva por sensibilización a la proteína de leche de vaca



Conclusiones

- La etiología de la hemorragia digestiva baja va a estar condicionada por la edad del paciente en el momento de su presentación.
- Tras descartar la patología perianal e infecciosa, debe ampliarse su estudio con una analítica que incluya reactantes de fase aguda y medición de calprotectina fecal, pudiendo completarse mediante endoscopia y gammagrafía según la sospecha clínica.
- La calprotectina fecal es un marcador habitualmente empleado como apoyo diagnóstico y seguimiento de la EII. Sin embargo, se debe interpretar como un marcador inespecífico de inflamación colónica, ya que se eleva en presencia de procesos infecciosos y/o inflamatorios. Su petición debería restringirse a casos muy concretos, debiendo ser siempre valorada por pediatras con experiencia en su interpretación para evitar errores diagnósticos.
- Si bien la colitis por alergia a proteína de leche de vaca es una causa típica de hemorragia en el lactante, puede presentarse en los niños preescolares y se debe incluir en nuestro diagnóstico diferencial.